

Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi

Tıp bilimi bazı dönemlerde bilimsel ve teknolojik, bazı dönemlerde ise sosyal etkilere cevap olarak gelişmiştir. Tedavi edici hekimliğin gelişme aşamalarına bakıldığında; halk hekimliğinin ardından, klinik bilimlerde bilimsel yöntemin kullanılması ile bilimsel hekimliğin doğduğu, teknolojik gelişmelerle ise yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıktığı görülmektedir.

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliği (AH)'nin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. AH'ne olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğini savunan Peabody'nin bu görüşü, ilk yankısını yıllar sonra İngiltere'de göstermiş ve 1952 yılında Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Bunu takiben, American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)'nin 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan 'Aile Hekimliği' tanınmıştır. Dünyada esen bu uzmanlaşma rüzgarlarının Türkiye'deki yansıması 'Toplum Hekimliği' olmuş ve bütüncül yaklaşımın 224 sayılı yasa ile basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır.

Bu gelişmelerle idari kabul aşamasını tamamlayan AH uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımının yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmıştır. Burada birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak, AH'nin tanımı yapılmıştır

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de, dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla, tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir.

Avrupa Konseyi, 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin, tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl AH eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. Avrupa Konseyi 2001 direktiflerinde bu süre 3 yıla çıkarılmıştır (2001/19/EEC).

1994 Yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) tarafından düzenlenen konferansta aşağıdaki önemli kararlar alınmıştır:

Sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verir kılabilmek için kökten değişiklikler yapılması gereklidir. Bireye yönelik kaliteli bakım vermek ve toplum sağlığı ile birey sağlığını entegre etmek konusunda aile hekimi temel öneme sahiptir ve bu alanda çalışan hekimlerin çoğunluğunun aile hekimi olması gereklidir (Öneri 1).

Bu konudaki politikalar hızla uygulanmaya başlanmalıdır (Öneri 4).

Birincil sağlık bakımı ve bunun içinde özgün eğitim almış aile hekiminin rolü tanımlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer uzmanlar ile aile hekimi uzmanları arasında denge oluşturulmalıdır (Öneri 5).

Diğer uzmanlık dallarının daha dikkatli kullanılabilmesi ancak önce birincil bakım veren bir hekime başvurmak yolu ile olabilir. Ancak bu hekimlerin sevk gereksinimi ve seçenekler konusunda sonuçlar, kalite ve maliyeti içeren bağımsız, iyi bir bilgiye sahip olmaları gerekir (Öneri 6).

Her olanakta aile hekimi ilk başvuru hekimi olarak kullanılmalıdır. Bunun nedeni, yalnızca aile hekimlerinin bu iş için uzmanlaşmış tek grup olmasından değil, diğer uzmanlık alanlarının zamansız ve gereksiz kullanımının önlenmesidir (Öneri 10).

Her ülkede aile hekimlerinin bağımsız örgütleri kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir. Bu kuruluşlar topluma, aile hekimlerinin toplumun gereksinimlerine cevap verebileceği ve yüksek kalitede sağlık bakımı sağlama peşinde oldukları konusunda güven vermelidir (Öneri 11).

Bu karar ve öneriler AH'nin tüm dünyada yaygınlaşması ve gelişmesine önemli katkıda bulunmuştur.

Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da, dünya ülkelerinin bir çoğunda AH, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. İlerleyen bölümlerde demografik özellikleri, coğrafi özellikleri, yönetim biçimleri, sağlık sistemleri gibi konularda farklılıklar gösteren birkaç ülkenin AH uygulamaları hakkında özet bilgi verilmekte, ardından AH'nin Türkiye'deki gelişiminden bahsedilmektedir.

Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

İngiltere

İngiltere'de AH uygulamaları 1947 yılında başlamış, 1952 yılında "Royal College of General Practitioners" (Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji) kurulmuştur.

Mezuniyet öncesi AH'nin ana hatlarının eğitimi tıp fakültelerindeki AH kürsülerinde verilmektedir. 1979 yılında zorunlu hale getirilen AH uzmanlık eğitimi bir yıllık intörnlük döneminden sonra 2 yıl hastanede, 1 yıl ise sahada eğitici aile hekiminin yanında çalışarak tamamlanmaktadır.

1946 Yılındaki bir yönetmelikle 1948 yılında National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri) teşkilatı kurulmuştur. Sağlık hizmetinin çoğu vergiden finanse edilmektedir. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece, ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar.

Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Aile hekiminin statüsü ile dal uzmanının statüsü, hem hastanın, hem de devletin gözünde aynıdır. Bu durum mesleklerine saygınlık kazandırmaktadır.

Aile hekimlerine temelde kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde teşvik amacıyla hizmet başına ödeme de yapılmaktadır. Hastanede çalışan doktorlara maaş verilmektedir.

İngiltere'de ayrıca kendi bütçesi olan aile hekimleri de vardır. Bu şekilde çalışmak isteğe bağlıdır. Bu aile hekimleri finans yöneticisiyle birlikte çalışırlar ama kendileri de işe dahildir.

Yönetimle uğraşmak için haftada bir gün serbest olmalarına izin verilmektedir. Maaşlarında ayrıca bir artış olmamakta, yıl sonunda eğer bütçelerinden tasarruf edebilirlerse, bu parayı ofislerinde sağlık hizmetini daha iyi sunmaları için harcama yetkisi kazanmaktadırlar. Bütçe yöneten aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişilerin 1. ve bazı 2. basamak sağlık hizmetlerini kamu veya özel hizmet sunuculardan rekabet ortamı içinde satın alarak yönetme hakkına sahiptirler.

İrlanda

Tıp eğitimi 6 yıldır; mezuniyet sonrası Tıbbi Konsey tarafından onaylanması için bir doktorun hastane intörnü olarak bir yılını tamamlaması gerekmektedir. AH eğitimi 3 yıl olup, bu eğitimin iki yılı hastanede, bir yılı birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda geçmektedir.

İrlanda'da halkın % 84'ünün sağlık güvencesi vardır. Sağlık sistemi kapsamına girebilmek için 2 kategori mevcuttur: Belli bir mali düzeyin altındaki grup kategori 1 olarak değerlendirilmekte ve bu grup, hizmetin büyük bir bölümünden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir. Bu grup, toplumun %36'sını oluşturmaktadır. Toplumun geri kalan kesimi kategori 2'yi oluşturmaktadır. Kategori 2'deki insanlar özel sağlık sigortalarına başvurmaya meyillidirler. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Teşkilatı, toplumun %35'inin sağlık güvencesini üstlenmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Sevk gerekliliği aile hekimleri tarafından belirlenir. Kategori 1'deki kişiler bölgelerindeki listeye dahil aile hekimlerinden istediklerini seçebilmektedirler. AH hizmetleri, reçete edilen ilaçlar, tedaviler ve cihazlar, kendilerine ücretsiz olarak temin edilmektedir. Kategori 2'deki kişiler aile hekimi veya uzmana başvuru konusunda serbesttirler, sevk zinciri dışında diğer dal uzmanlarına başvurabilirler.

Aile hekimlerinin büyük bir bölümü tek hekim ve ekibinden oluşan çekirdek ofislerde, bir bölümü ise grup muayenehanelerinde çalışmaktadırlar. Aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakta, ancak hizmet verilen topluluğun yaş, cinsiyet, morbidite dağılımı ve oturdukları yerler gibi faktörler ödemeyi etkilemektedir. Kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde hizmet başına ödeme de yapılmaktadır.

Portekiz

Portekiz'de 60'lı ve 70'li yılların başında doktorlar büyük şehirlerde ve hastanelerde toplanmışlardı. 1975-1982 yılları arasında doktorlara bir yıllık zorunlu hizmet uygulandı. 1982'de AH uygulaması başladı ve 5500 doktor, herhangi bir eğitimden geçmeden aile hekimi olarak görev aldı. Daha sonra hizmet içi eğitim programları ile bilgileri ve becerileri geliştirildi. 1982'de Portekiz Tabipler Birliği AH uzmanları için yeterlilik sistemi kurdu. 1983'de Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ve 1987'de Lizbon Tıp Fakültesinde AH bölümü kuruldu. 1987'den sonra aile hekimi olmak isteyenler zorunlu eğitime alındılar.

Altı yıllık tıp fakültesi eğitimini takiben 18 aylık asistanlık öncesi eğitim alan hekim ulusal bir sınava girer ve bir uzmanlık alanını seçer. AH uzmanlık eğitimi 3 yıldır, aile hekimleri hükümet ve Portekiz Tabipler Birliği'nin ortak komitesi tarafından sertifikalandırılmakta ve kredilendirilmektedir.

Portekiz’de 1979 yılından beri Ulusal Sağlık Sistemi yürürlükte dir. Doktorların çoğunluğu Ulusal Sağlık Sistemi’ne bağlıdır ve bu doktorların yarısı aynı zamanda özel hekim olarak da çalışabilmektedirler.

Nüfusun % 80’i aile hekimlerine kayıtlıdır. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır ve bir aile hekimi en az 1500 kişiden sorumludur. Aile hekimleri maaş ile çalışırlar; özel sektörde çalışan doktorlar hizmet karşılığı ücret alırlar.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak, ancak aile hekiminin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Genelde sağlık merkezleri laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir. Bunun için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir.

Norveç

Altı yıllık mezuniyet öncesi eğitimin ardından aile hekimi yanında ve hastanede toplam bir yıllık “hekim adaylığı” eğitimi mevcuttur. Birinci basamakta çalışabilmek için bu eğitim yeterlidir. Ancak ücretlerdeki farklılık nedeniyle uzmanlık yapmak daha cazip hale gelmiştir. Norveç’te AH uzmanlık eğitiminin süresi 5 yıldır. Bu eğitimin bir yılı hastanede, dört yılı ise birinci basamakta geçmektedir. AH’nin 1985 yılında bir uzmanlık olarak tanınmasının ardından, yeniden sertifikalandırma kuralları getirilmiştir. Yeniden sertifikalandırma her 5 yılda bir tekrarlanır ve bazı şartları mevcuttur. Bu 5 yıl süresince, en az 1 yıl seçilmemiş hasta grubu ile klinik uygulama yapma ve minimum 200 kurs saatini karşılayan tanımlanmış eğitim veya bilimsel etkinlikte bulunma koşulu sağlanmalıdır.

Norveç’te zorunlu ulusal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsar. 1984 yılında “Yerel Yönetimler Sağlık Planı” uygulamaya konulduğundan bu yana, birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır.

Kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1500-2500 kişi bir aile hekimine kayıt olur. Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına Yerel Sağlık Yönetimi karar verir. Aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafi olarak tanımlanmış topluma hizmet verirler, ancak hastaların aile hekimini seçme hakkı vardır. Sağlık hizmetlerinde devlet fonu, Genel Sağlık Sigortası ve hizmet karşılığı ödemelerden oluşan karma finansman sistemi vardır. Aile hekimleri belediyelerle sözleşmeli çalışabilmek için belediye sağlık planına uymak durumundadırlar. Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller için ise hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru, ancak aile hekimlerinin sevki ile olur.

Küba

Yerel sağlık yönetimleri, kır sağlık evlerinde, hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar ve doğumevlerini yönetir.

1974 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesinden sonra, 1984 yılında Aile Hekimliği Planı uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamada bir aile hekimi ve hemşireden oluşan ekipler mevcuttur. Aile hekimliği ekipleri hizmet ettikleri bölgede yaşarlar ve 800 kişiyi izlemekle yükümlüdürler; aynı zamanda okullardan ve fabrikalardan da sorumludurlar. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır.

Hollanda

Hollanda'da Avusturya, Belçika, Fransa ve Almanya'da da kullanılan "Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası Modeli" kullanılmaktadır. Bu model şunları içerir:

- Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman.
- Paraların devlet dışı yönetimlerde; sigorta kurumlarında toplanması.
- Bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemeleri.

Hollanda'da AH'lerinin %90 kadarı Aile Hekimlerinin Milli Kuruluşu'nun üyesidir. Bu kuruluş Hollanda'nın her yerinde kesintisiz kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla sorumludur.

Hollanda'da sosyal güvence sistemi sigorta bazında organize edilmiştir. Katılımı zorunlu olan iki sağlık sigortası türü vardır:

Olağanüstü Medikal Giderler Sigortası: Toplumun %100'ünü kapsar, uzun süreli ve/veya masraflı hastalıklar içindir. Hasta herhangi bir doktor veya merkez seçerek kaydolmalıdır.

Hasta Fonu Sistemi: Toplumun %60'ını kapsar. Yaşı 65 ve üzerinde olup gelirleri belirlenen gelir düzeyinin altında olanlar ile belirlenen gelir düzeyi altında kazancı olan çalışanlar bu sigortaya dahildirler. Bu fondan yararlananlar mutlaka bir aile hekiminin listesine dahil olmak zorundadırlar. Normal medikal riskler için verilen hizmetleri karşılar. Aile hekimliği uygulamalarını, diş bakımını, özel tıbbi uygulamaları, ana sağlığı hizmetlerini, hastane giderlerini ve ulaşım giderlerini kapsar.

Nüfusun geri kalanının (%40) kısa dönem hastalıkları ve primer önlemleri için özel sağlık sigortaları vardır. Özel sigortaların hizmet ve ödemeleri devlet kontrolü altındadır.

Kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı vardır, ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler.

6 yıllık tıp fakültesi eğitimi bittikten sonra aile hekimi adayı olunabilir. Bazı mesleki eğitim kuruluşları yılda bir, bazıları da iki kez adayları kabul eder. 3 yıllık mesleki eğitim bittikten sonra aile hekimleri bir yere yerleşmek için ortalama 3-5 yıl beklerler. Aile hekimlerinin %71'i tek başına çalışmaktadır. Fakat son 30 yıldır ekipler halinde grup pratiği içinde, sağlık merkezlerinde veya bir ortakla çalışma durumu giderek artmaktadır.

Almanya

Almanya'da, sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş olan "Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi" hakimdir. Hemen her meslek dalının sigortası ayrı olup, bu sistem prim miktarını kendi finansal durumuna göre belirler. Nüfusun %90'ını kapsar. Nüfusun bir kısmı ise ya sadece özel sigorta altındadır, ya da kamu sigortalarına ek olarak tamamlayıcı özel sigortaları seçerler. Geriye kalanlar sosyal yardım programından yararlanabilirler.

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini, öncelikle AH uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanelerde vermektedir. Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı mevcuttur. Eğitimin sonunda zorunlu bitirme sınavı vardır. 1994 yılından itibaren birinci basamakta çalışacak hekimler için AH uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.

Almanya'da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile

hekimini kural olarak, acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile ortaklaşa üstlenir.

Uzman doktorlara ve birinci basamak hizmet sektöründe çalışan aile hekimlerine genellikle hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Hastalık fonlarında çalışan doktorların ücretleri doktorların federasyonları ve fonlar arasındaki görüşmeler ile belirlenmektedir. Devlet hastanesinde çalışan doktorlara maaş şeklinde ödeme yapılmakta ve kıdemli doktorlar özel olarak da çalışabilmektedirler. Aynı ödeme sistemi gönüllü hastanelerde de işlemektedir. Özel birimlerde ücretler hastalar tarafından ödenmektedir.

Kaynaklar:

- 1) Elçin M (Yayın Sorumlusu). Aile Hekimi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Haziran 1998.
- 2) Bozdemir N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Adana, 1997;1-17.
- 3) Çağlayaner H. Aile Hekimliğine Zemin Hazırlayan Koşullar. Aile Hekimliği Dergisi 1997; 1(2):105-108.
- 4) Evans PR. The Changing Scene in General Practice. Wonca News 1994; Volume 11.
- 5) Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Ankara, 1985; 115-116.
- 6) Gervas J, Fernandez MP, Starfield BH. Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe. Family Practice 1994;11:307-317.
- 7) Görpelioğlu S. Türkiye’de Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği. 1. Ulusal Aile Hekimliği Günleri Kitabı, Edirne, 2-5 Kasım 2001: 13-20.
- 8) Highlights on Health in Ireland, WHO Regional Office for Europe , 1998:1-43.
- 9) Özcan F. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de ve Dünya’da Aile Hekimliği. Sendrom 1996: 8 (7): 83-85.
- 10) Rakel RE. The Family Physician. In: Textbook of Family Practice. Philadelphia, Saunders, 1995: 2-3.
- 11) Saatçı E. Dünyada Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Adana, 1997:34-59.
- 12) Saatçı E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği-II.Ed. Çağlayaner H (Editör), İletişim Yayınları, İstanbul, 1996;49-70.

Yazar:

Uzm.Dr.Olgun GÖKTAŞ
T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Eğitimleri
Bursa İl Koordinatörü